

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR LE

Doctorat de l'Université de Paris

[Mention Médecine]

PAR

Mlle RUBINOWICZ SZEJWA

Né le 30 - IX 1912, à Baluty (Pologne)

CONTRIBUTION
à l'Étude des Formes Abarticulaires
de la Maladie de Bouillaud

Président : M. LOEPER *Professeur*

Imprimerie PASCAL

31, Av. des Gobelins

PARIS 13.

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR LE

Doctorat de l'Université de Paris

[Mention Médecine]

PAR

Mlle RUBINOWICZ SZEJWA

Né le 30 - IX 1912, à Baluty (Pologne)

CONTRIBUTION

à l'Étude des Formes Abarticulaires
de la Maladie de Bouillaud

Président : M. LOEPER *Professeur*

Imprimerie PASCAL

31, Av. des Gobelins

PARIS 13.

1939

LE DOYEN TIFFENEAU

.1— PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE
Physiologie	Léon BINET
Physique médicale	STROHL
Chimie médicale	POLONOVSKI
Bactériologie	Robert DEBRÉ
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN
Pathologie médicale	ABRAMI
Pathologie chirurgicale	MONDOR
Anatomie pathologique	LEROUX
Histologie	CHAMPY
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU
Thérapeutique	HARVIER
Hygiène et médecine préventive	TANON
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY
Clinique médicale	{ LOEPER
	{ CARNOT
	{ CLERC
	{ Marcel LABBÉ
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet
Clinique des maladies de enfants	NOBÉCOURT
« mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN
Clinique des maladies infectieuses	LEMIÈRE
Clinique chirurgicale	{ CUNÉO
	{ GOSSET
	{ GRÉGOIRE
Clinique ophtalmologique	LENORMANT
Clinique urologique	TERRIEN
Clinique d'accouchements	{ CHEVASSU
	{ COUVELAIRE
	{ JEANNIN
Clinique gynécologique	LÉVY-SOLAL
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	MOCQUOT
Clinique thérapeutique médicale	OMBRÉDANNE
Clinique oto-rhino-larynologique	RATHERY
Clinique thérapeutique chirurgicale	LEMAITRE
Clinique propédeutique	Pierre DUVAL
Clinique de la Tuberculose	M. VILLARET
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	TROISIER
Clinique de cardiologie	MATHIEU
Clinique de neuro-chirurgie	LAUBRY
Assistance Médico-sociale	Clovis VINCENT
	N...
Professeurs sans chaire	{ HAZARD
	{ HOVELACQUE
	{ MULON
	{ OLIVIER
	{ SANNIÉ
	{ VERNE

II. — AGREGÉS EN EXERCICE

MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgicale
BARIÉTY	Pathologie médicale
BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale
BÉRNARD Étienne	Pathologie méd.
BESANÇON Justin	Hydrologie
BOULIN	Pathologie médicale
BULLIARD	Histologie
CATHALA	Pathologie médicale
CHEVALLIER	Pathologie médicale
COSTE	Pathologie médicale
DOGNON	Physique
FEY	Urologie
FUNCK	Pathologie chirurgicale
GALLIARD	Parasitologie
GASTINEL	Bactériologie
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale
GAYET	Physiologie
DE GENNES	Pathologie médicale
GIROUD	Histologie
HAGUENAU	Pathologie médicale
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie
HUGUENIN	Anatomie pathologique
JOANNON	Hygiène
LACOMME	Obstétrique

MM.	
LANTUÉJOL	Obstétrique
LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale
LAVIER	Parasitologie
LELONG	Pathologie médicale
LEMAIRE	Pathologie expérimentale
LEVEUF	Pathologie chirurgicale
Mlle J. LÉVY	Pharmacologie
LÉVY-VALENSI	Neurologie et Psychiatrie
MÉNÉGAUX	Pathologie chirurgicale
MOLLARET	Pathologie Médicale
MOREAU	Pathologie médicale
MOULONGUET	Pathologie chirurg.
MOUQUIN	Pathologie médicale
PETIT-DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale
PIÉDELIÈVRE	Médecine légale
PORTES	Obstétrique
RENARD	Ophthalmologie
RICHET	Physiologie
SÉNÈQUE	Pathologie chirurgicale
TURPIN	Pathologie médicale
VIGNES	Obstétrique
WILMOTH	Pathologie chirurgicale

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale
QBUSUE T	Pharmacologie
CHAILLEY-BERT	Physiologie
GUÉNIOT	Obstétrique
HEITZ-BOYER	Pathologie chirurg.

MM.	
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale
LE LORIER	Obstétrique
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie
SCHWARTZ	Pathologie chirurgicale
VAUDESCAL	Obstétrique

IV.— AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALAJOUANINE	} Clinique médicale	BASSET	} Clinique chirurgicale
AUBERTIN		BROCQ	
BRULÉ		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER	
DONZELOT		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		VELTER	
PASTFUR-VAL- LERY-RADOI			
SÉZARY			

MM.	
ECALLE METZGER	} Clinique obstétricale

V.— CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Éducation physique
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique
RUPPE	Stomatologie
WEIL-HALLÉ	Puériculture

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A ma Mère et mon Père

Bien faible témoignage de ma reconnaissance
et de mon amour filial.

A ma sœur Hesia et mon père Yanek

C'est grâce a votre grand devouement et votre
amour, que je peut vous dedier aujourd'hui mr
thèse, c'est grâce a vous que je suis là, entre
les vivants.

Mon langage ne sera assez habile' pour pouvoir
exprimer mes sentiments envers vous, et que
vous connaissez bien.

A ma sœur, à mes frères

A mes belles sœurs, a mes beaux frères

A mes nièces

A mon meilleur ami S. Alapin

A ceux que me sont chers.

A Monsieur le Docteur

Zygmunt Radlinski

Professeur à la Faculté de Médecine de Varsovie

Professeur de la clinique chirurgicale

de l'Hôpital Enfant Jésus à Varsovie,

Qui grâce à sa profonde science médicale m'a sauvé la vie. Par sa bonté et connaissance de la psychologie humaine savait remonter mon moral dans les moments le plus difficiles de ma vie. Je ne saurai jamais m'acquitter d'énorme dette de reconnaissance contractée envers Vous.

Permettez moi d'exprimer ma gratitude en Vous dédiant mon modeste travail.

A Monsieur le Docteur

Stanislaw Szenicer

Chef de la Clinique Chirurgicale

à l'Hôpital Enfants Jesus à Varsovie

Premier Assistant du professeur Z. Radlinski

Permettez moi de Vous dire ici ma confusion devant Votre devouement et conscience professionnelle.

Votre amitié est pour moi un don précieux que j'espère pouvoir garder toujours.

A notre président de Thèse
Monsieur le Professeur Lœper

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris

Professeur de Clinique Médicale de l'Hopital Sait-Antoine

Médecin des Hopitaux de Paris

Membre de l'Académie de Médecine

Commandeur de la Légion d'honneur

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter
la présidence de cette thèse.

Hommages respectueux

A notre Maître

Monsieur le Docteur M. Debray

Médecin des Hôpitaux de Paris

Chevalier de la Légion d'Honneur.

Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse, qui nous a guidé dans notre travail par ses précieux conseils et qui prodigue à ses élèves une affection paternelle. En hommage d'admiration respectueuse et de vive reconnaissance.

A notre Maître

Monsieur le Docteur Moulonguet-Doleris

Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine de Paris

Chirurgien des Hôpitaux

Chevalier de la Légion d'Honneur

En témoignage de ma profonde gratitude et reconnaissance pour ses excellents soins, que j'ai reçu pendant mon séjour dans son service.

A notre Maître

Monsieur le Docteur Lelorier

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris

Accoucheur honoraire des Hôpitaux de Paris

Officier de la Légion d'Honneur

Qui a bien voulu me permettre l'accès dans son service, en témoignage de ma vive gratitude et de grande reconnaissance.

A mes Maîtres dans les Hôpitaux de Paris

AVANT - PROPOS

La maladie rhumatismale présente des formes articulaires qui sont les plus classiques et auxquelles à juste titre s'applique le nom du " Rhumatisme articulaire aigu ".

Mais elle affecte des formes extra-articulaires que nous allons spécialement étudier et dont on s'accorde généralement aujourd'hui à admettre l'importance.

INTRODUCTION

Avant de faire l'étude des formes anormales du rhumatisme articulaire aigu nous préciserons d'abord ce que l'on doit comprendre sous le nom de «Maladie de Bouillaud ou Rhumatisme articulaire aigu ou maladie rhumatismale.

Sur les affections groupées sous ce nom l'entente est a peu près réalisée. C'est une maladie infectieuse, vraisemblablement spécifique atteignant très souvent les articulations et le cœur (endocarde-myocarde et péricarde) mais pouvant aussi frapper de nombreux autres organes.

Parfois elle évolue comme une infection générale d'allure typhoïde.

En général les arthrites ne laissent pas d'ankyloses et la maladie n'évolue pas vers la chronicité.

Il n'existe pas de test biologique permettant de reconnaître et d'affirmer la maladie, mais celle-ci réagit remarquablement au traitement salicylé qui a pu être considéré comme traitement «pierre de touche».

HISTORIQUE

L'existence du rhumatisme articulaire aigu dans sa forme abarticulaire a été signalée déjà par les anciens auteurs, mais elle a été longtemps laissée dans l'oubli.

Baillou (1560-1616) est le premier auteur qui au chapitre du «Rhumatisme» traite des manifestations digestives du rhumatisme articulaire aigu auquel il attribue un pronostic plus favorable lorsqu'apparaît «le flux diarrhéique», la chasse des humeurs nocives.

Huxham en 1730 décrit des gastralgies accompagnées de vomissement et suivies de coliques et de diarrhée séreuse au cours du Rhumatisme articulaire aigu.

Stoll signale aussi la coexistence fréquente du rhumatisme des membres et de la dysenterie qu'il considère comme un rhumatisme des intestins.

Lambin dans sa thèse (1880) cite un cas de Griffouillère où le début fut marqué par de la fièvre, des coliques et des vomissements. Puis alors que ces symptômes persistaient on notait une constipation opiniâtre et un ballonnement abdominal marqué, au point qu'on discuta le diagnostic d'obstruction mécanique et de péritonite partielle.

Ce n'est qu'au 13^e jour de la maladie qu'apparurent les douleurs articulaires qui devaient orienter vers le diagnostic du Rhumatisme articulaire aigu.

Crouzon et Le Play [1907] rapporte un cas de rhumatisme articulaire aigu s'accompagnant d'ictère avec pigments biliaires dans les urines et décoloration des selles.

Mais c'est à Grenet que revient le mérite d'avoir nettement isolé les formes cliniques extra-orticulaires de la maladie rhumatismale, d'avoir insisté sur la fréquence des troubles digestifs et d'avoir le premier attiré l'attention sur les réactions péritonéales qui ne sont d'après lui nullement exceptionnelles [Lasègue : Le péritoine, le gros insouciant à l'égard du rhumatisme).

Cet auteur a justement insisté sur la fréquence des formes atypiques de la maladie et sur l'intérêt considérable qu'il y avait du point de vue thérapeutique et pronostic à ne pas méconnaître leur nature véritable.

Son élève Dory, dans sa thèse en 1925 «Rhumatisme articulaire aigu et appareil digestif» y insiste également.

Lenoble en 1927 signale un cas de périviscérites multiples avec gros foie d'origine rhumatismale. Il attire notre attention sur les troubles hépatiques qui sont des symptômes plus rares, mais qui existent néanmoins.

Les formes abarticulaires ont été décrites par Perrodo en 1928 dans sa thèse. «La forme thyphoïde du rhumatisme articulaire aigu». En 1930 Henriquez décrit les formes septicémiques; Schalit en 1931 les manifestations péritonéales du rhumatisme articulaire aigu.

ETUDE CLINIQUE

Nous allons décrire la maladie rhumatismale dans ses localisations inhabituelles sous deux formes :

1^o Les formes à précession viscérale.

2^o Les formes extra-articulaires.

Dans les formes à précession viscérale nous faisons rentrer tous les cas où les complications apparaissent avant que les signes articulaires ne se soient manifestés ; nous y faisons rentrer également les localisations inhabituelles des complications au cours du rhumatisme articulaire typique.

Les formes extra-articulaires comprendront tous les cas où la maladie rhumatismale a fait preuve, sans qu'une localisation articulaire ne se soit manifestée.

FORMES A PRÉCESSION VISCÉRALE

Il n'est pas très exceptionnel que les complications viscérales se produisent avant l'apparition des symptômes articulaires. Les unes ont une telle fréquence que l'on a pu les considérer comme constantes : ce sont les cardiopathies.

D'autres sont plus rares mais particulièrement redoutables : tel le rhumatisme cérébral.

Les accidents pulmonaires, la néphrite, la glycosurie, de gravité variable ne diffèrent que par des détails des accidents de même ordre observés au cours de diverses maladies infectieuses. Les complications cutanées ont été décrites. Elles sont rares et on ne les rencontre que dans le rhumatisme grave.

Nous n'insisterons pas sur les cardiopathies que l'on considère comme presque constantes. Souvent on ne fait le diagnostic de la maladie rhumatismale dans les formes abarticulaires que sur la présence des symptômes cardiaque. Tel était le cas pour une de nos observations que nous rapporterons plus loin.

COMPLICATIONS PLEURO-PULMONAIRES

Elles comptent parmi les plus importantes.

Selon le siège de la lésion nous allons décrire successivement : la congestion pulmonaire ; l'œdème aigu du poumon ; la pleurésie.

La congestion pulmonaire est remarquable par sa mobilité habituelle. Elle passe d'un côté à l'autre de la poitrine avec la plus grande rapidité et se termine par guérison. Quant à la congestion pulmonaire aiguë généralisée de Bernheim, " véritable coup de rhumatisme pulmonaire ", comme l'a dit Besnier, elle se manifeste par des phénomènes d'œdème pulmonaire suraigu pouvant aboutir à la mort.

La pleurésie rhumatismale est l'accident respiratoire le plus fréquent, souvent elle est associée à une péri-cardite,

COMPLICATIONS DIGESTIVES

Elle ont été considérées autrefois comme rares et semblent cependant assez fréquentes. Les plus intéressantes sont celles dans lesquelles les caractères d'une infection profonde se manifestent avant les arthropathies.

Elles ont été décrites par Jacoud sous le nom de « Forme viscérales d'emblée », par Kahler (Vienne) qui a étudié la fièvre indépendante. Elles furent bien étudiées par Grenet qui, dans des publications échelonnées depuis 1920 nous rapporte beaucoup d'observations où il y a une prédominance des symptômes généraux sur

les symptômes articulaires. L'existence d'une fièvre prolongée à allure typhoïde et diarrhée où l'état nauséux précède les arthropathies, fut également étudié par lui.

Bezançon avec ses élèves: Bernard, Celice et Jonnesco a repris la description de ces cas sous le nom de «Formes infectieuses du rhumatisme»,

Schalit dans sa thèse (1931) publie une série d'observations où les réactions péritonéales intenses, simulant une appendicite ou une occlusion intestinale ont précédé les localisations articulaires. Le diagnostic n'a souvent été fait qu'à l'apparition d'arthralgies.

Sklodowski a montré les difficultés possibles du diagnostic avec la fièvre typhoïde, le paludisme, la méningite.

COMPLICATIONS URINAIRES

Si l'albuminurie modérée et transitoire est fréquente la néphrite vraie est rare. Pour assez rare qu'elle soit elle est connue. Elle a été décrite par Chéron, Normand, de Saint-Germain. Grenet et Pellissier ont observé un cas de néphrite azotémique et hypertensive terminé par la mort.

Marcel Labbé et Meaux Saint Mars l'ont observée 1914. Uzan dans sa thèse a passé en revue les déterminations rénales du rhumatisme articulaire aigu. Léon Kindberg en 1928 a consacré un travail à l'étude de la forme hématurique. Plus récemment en 1931 Etienne Bernard observa un cas de néphrite survenue trois semaines avant les signes articulaires et qui céda remarquablement sous l'action du salicylate.

Quant aux troubles de glycorégulation ils n'ont été qu'exceptionnellement signalés dans la maladie de Bouillaud Bouchard a noté une proportion assez élevée d'antécédents rhumatismaux chez les diabétiques. Be-

zançon et M.P.Weil en revanche estiment que le diabète est très rare chez les rhumatisants. Mais ces auteurs différents n'envisagent que le diabète maladie chronique Weitz et Pernot ont publié récemment une étude très précise de l'assimilation hydrocarbonnée chez leurs malades et de ses variations sous l'influence de la médication salicylée.

Grâce à l'obligeance de notre maître, Monsieur Debray nous publions une intéressante observation de la maladie de Bouillaud, qui a comporté trois localisations viscérales inhabituelles: (Extrait du Bull. et Mem. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris, Séance du 22 Juillet 1938, No. 26). Il s'agit notamment de la maladie rhumatismale avec arthrite, néphrite, glucosurie, glycémie et congestion pulmonaire.

COMPLICATIONS NERVEUSES

Elles surviennent soit pendant la période d'état (rhumatisme cérébral, rhumatisme spinal) soit pendant la période de convalescence (chorée).

Le rhumatisme cérébral est constitué cliniquement par l'association des arthropathies avec des troubles méningo-myélitiques [rachiatgie, raideurs et même paralégie].

De tels faits ont été signalés par Trousseau, Ollivier Ranvier et Rendu.

Dans un cas récent publié par P. Garnier et Mlle Delon la maladie débuta brusquement par une paraplégie avec incontinence d'urine. Puis le membre supérieur droit fut atteint à son tour. Il existait une immobilité absolue de la tête avec douleur à la pression des apophyses épineuses de C₂ et C₃. On porta le diagnostic de mal de Pott cervical, diagnostic qui sembla confirmé par la radiographie jusqu'au jour où apparurent des douleurs avec gonflements des poignets; l'action rapide du

traitement salicylé la cutiréaction négative à la tuberculine et le développement d'une endocardite démontrèrent qu'il s'agissait bien de rhumatisme.

Dans des cas qui ne sont pas exceptionnels on constate au cours, d'une attaque certaine du rhumatisme articulaire aigu des signes nets d'irritation des méninges spinale.

Le rhumatisme cérébral est la grande complication nerveuse du rhumatisme; complication d'ailleurs fort rare, mais d'une exceptionnelle gravité.

On lui attribue des causes nombreuses. Nous croyons que l'intensité de l'infection, ainsi que l'état antérieur du malade jouent un rôle prépondérant.

La chorée de Sydenham est le plus souvent de nature rhumatismale; soit qu'elle précède la crise articulaire ce qui est exceptionnel; soit qu'elle l'accompagne, ce qui n'est pas fréquent; soit qu'elle n'apparaisse que plus tard dans les mois qui suivent la guérison apparente, ce qui est la règle.

COMPLICATIONS CUTANÉES

Il nous reste encore à dire quelques mots sur les éruptions dans la maladie rhumatismale,

En dehors de l'éruption miliaire et de sudamina, liées à la fièvre et à la transpiration abondante, les éruptions sont rares dans le rhumatisme.

On connaît pourtant certaines manifestations cutanées qui sont très caractéristiques et peuvent servir comme élément important du diagnostic.

Besnier décrit la forme papuleuse et les formes marginées en plaques discoïdes, à lignes sinueuses, festonnées, généralement de coloration intense à la périphérie.

Grenet et Pellissier nous rapportent des cas de

rhumatisme accompagné de ces erythèmes marginés en plaques discoïdes.

Il s'agissait toujours des cas de rhumatisme grave.

Nous mêmes apportons un cas de maladie de Bouillaud dont l'éruption marginée en plaques discoïdes a été une des premières manifestations de l'atteinte rhumatismale.

FORMES EXTRA-ARTICULAIRES

Nous faisons entrer dans ce chapitre les formes infectieuses pures et les formes viscérales pures.

Ces dernières comprennent selon les différentes localisations les formes cardiaques, pleuro-pulmonaires, œsophagiennes, pseudo-chirurgicales, septicopyohémiques et les formes nerveuses. Nous tâcherons de décrire schématiquement chacune de ces formes à part.

FORMES INFECTIEUSES PURES

Au degré le plus grave le tableau d'une fièvre typhoïde est à peu de chose près réalisé : la fièvre est élevée, le malade a de la diarrhée, et des gargouillements dans la fosse iliaque. Parfois au contraire le malade est constipé, son ventre est ballonné.

Le pouls est dicrote parfois ; la langue est tantôt rouge à la pointe et sur les bords, tantôt saburrale.

Rate quelquefois augmentée de volume.

D'autre part on constate la présence de signes négatifs : absence de taches rosées, résultat négatif de l'hémoculture et du sérodiagnostic.

A un certain moment peuvent apparaître quelques symptômes précis qui font penser à l'infection rhumatismale et notamment : endocardite, frottements péricardiques et frottements pleuraux, nodosités sous-cutanées ou une éruption marginale. Ces signes peuvent être éphémères aussi il convient de faire un examen minutieux et fréquent du malade par nos moyens habituels.

Il importe surtout d'éliminer le diagnostic de tuberculose aiguë et de s'assurer que l'on ne se trouve pas en présence d'une septicémie bien classée. Mais en cas de doute légitime nous croyons que le traitement saly

cylé s'impose et dans nos observations nous l'avons vu agir avec une très grande rapidité.

Parfois une rechute ou une récurrence franchement articulaire, ou encore l'apparition ultérieure d'une chorée donne au diagnostic une nouvelle signature.

FORMES VISCÉRALES PURES

Nous rangeons dans ce groupe les cas où une localisation organique se produit dès le début de l'infection sans qu'il apparaisse à aucun moment une manifestation articulaire quelconque. Les formes cardiaques sont peut être les plus fréquentes. Dans un cas qui a été suivi et publié par Grenet une péricardite prise d'abord pour une péricardite tuberculeuse en raison de sa lente évolution progressive, avec une fébricule persistante et un amaigrissement notable, a été guérie rapidement sous l'action du salicylate. Des faits semblables ont été rapportés par Sklodowski, Etienne et Gerbaut.

L'atteinte isolée du myocarde, du fait de l'infection rhumatismale a été récemment étudiée par Etienne de Nancy.

Quelquefois c'est une endocardite qui apparaît avec une fièvre plus ou moins élevée.

L'absence de tous signes articulaires n'élimine nullement la possibilité du rhumatisme.

Une observation de Grenet et Pellissier nous rapporte le cas d'un enfant chez lequel une fébricule qui durait depuis un mois et qui avait accompagnée le développement insidieux d'une endocardite mitrale, est tombée en 48 heures par le traitement salicylé. La lésion mitrale a été, malheureusement définitive.

Les formes pleuro-pulmonaires de la maladie de Bouillaud sont assez fréquentes. Elles ont été étudiées par Grenet et Ribierre et ont fait l'objet d'un mémoire dû à F. Bezançon et M. P. Weil.

* Cathala en 1927 a rapporté un cas très curieux de cortico-pleurite qui brusquement d'un jour à l'autre changea de côté. Cette évolution lui permit de soupçonner une origine rhumatismale qui fut confirmée par l'épreuve du traitement. Dès la mise en œuvre de la médication salicylée la congestion pulmonaire guérit définitivement.

La forme œsophagienne est exceptionnelle.

Les formes pseudo-chirurgicales comprennent surtout les formes abdominales avec symptômes pseudo-appendiculaires et accidents péritonaux à l'état de pureté.

L'atteinte péritonéale de maladie de Bouillaud est tantôt généralisée, tantôt, et plus fréquemment, localisée dans la région appendiculaire. Le diagnostic est extrêmement difficile quand l'accident péritonéal ouvre la scène clinique.

On pourrait parfois être mis sur la voie de diagnostic en tenant compte de petits signes différents difficile à dépister d'ailleurs.

La douleur abdominale est rarement d'une violence extrême, elle est plus diffuse et siège généralement à la fosse iliaque droite mais rarement au point de Mac Burney. La contracture est moins intense ou peut manquer totalement. Les vomissements sont peu fréquents. Il n'y a presque jamais arrêt de matières et de gaz. On pourrait noter cependant une légère tendance à la constipation qui peut être remplacée par de la diarrhée.

Les signes généraux sont d'habitude très marqués.

C'est dans la discordance entre les signes physiques et fonctionnels d'une part et les signes généraux d'autre part, qu'il existe la possibilité de penser à une réaction péritonéale d'origine rhumatismale. Il faut donc examiner attentivement les articulations, chercher s'il existe une transpiration abondante, ausculter le cœur et examiner la gorge.

Les manifestations cardiaques coexistent très souvent. Elles apparaissent assez précocement après le début de l'accident péritonéal. Ce sont elles qui signent la nature rhumatismale de l'affection. Sous l'influence du salicylate tous les signes péritoneaux s'amendent au bout de 2—3 jours. Comme l'a très bien fait remarquer Grenet « la réaction douloureuse de la séreuse péritonéale présente des caractères bénins comparables à la réaction de la séreuse synoviale des articulations. Malgré l'existence de petits signes différentiels le diagnostic est extrêmement difficile, presque impossible en cas d'existence du syndrome péritonéal pur. Nous avons tous, médecins et chirurgiens une crainte trop légitime de l'appendicite pour oser la nier sur la foi de symptômes négatifs et d'appréciation délicate. De nombreuses observations ont été publiées où le syndrome péritonéal a été le plus net et où le diagnostic de la nature de rhumatismale n'a été fait que par les autres localisations viscérales, surtout cardiaques, ou l'apparition ultérieure de syndromes articulaires.

Grenet en 1915 nous rapporte deux cas.

En 1930 Worms a publié deux observations de deux soldats qui ont été opérés d'urgence. Pendant l'opération on trouve la cavité abdominale normale.

Plus tard des arthropathies se sont déclanchées chez l'un, la maladie mitrale chez l'autre. En ce moment le diagnostic de maladie rhumatismale fut fait; il a d'ailleurs était confirmé par l'action du salicylate.

Schalit dans sa thèse en 1931 (Les manifestations péritonéales du rhumatisme articulaire aigu) a publié une série d'observations intéressantes.

Les formes Septico-Pyohémiques ont eu leur existence démontré par Grenet et Péliissier. Le diagnostic est très difficile mais pas impossible à faire. Ces formes sont caractérisées par l'apparition simultanée de loca-

lisations viscérales et d'un état infectieux très grave. Grenet nous rapporte une belle observation d'une fillette de 8 ans $1/2$, qu'on lui a présentée comme atteinte d'une pleurésie purulente droite et qui fut guérie par le traitement salicylé.

Les formes oculaires.— On parle souvent de iritis rhumatismal, mais c'est en réalité une localisation rare. Nous publions plus loin une belle observation due à l'obligeance de notre maître, Monsieur Debray, de la forme thyphoïde de maladie rhumatismale avec iritis bilatéral [Ext. du Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris. Séance du 26 juin 1936 No. 23].

La malade a été complètement guérie par le traitement salicylé.

Grenet a publié 3 cas: deux chez un jeune homme et l'autre chez une femme de 50 ans qui fit à cette âge tardif une première crise rhumatismale. Une guérison complète fut obtenue chez ces deux malades.

Formes nerveuses.— C'est Targowla qui a décrit la psycho-encéphalite rhumatismale et a publié des cas démonstratifs de ce rhumatisme cérébral d'emblée.

CONTAGIOSITÉ

En résumant notre modeste travail nous pouvons conclure que la maladie rhumatismale est une maladie infectieuse due à un germe inconnu. Si c'est une maladie infectieuse la question se pose : Est-ce une maladie contagieuse et épidémique ou non ? Depuis longtemps déjà, certains auteurs ont soutenu l'idée d'épidémicité et de contagiosité du rhumatisme articulaire aigu. (Mantle, Thorescu, Feldkamp et Friedlander, Tdlefson, Ch. Fiessinger). Leurs observations et leurs arguments ont été repris dans un travail de Leclerc et Pierret et dans la thèse de Meunier. Mais il ne s'agit que de faits isolés qui doivent retenir l'attention sans pouvoir forcer la conviction. D'autre part, à côté de cas de Rhumatisme franc on trouve relatés dans ces travaux des cas relevant évidemment de pseudo-arthritisme infectieux. C'est à Grenet que revient le mérite d'avoir démontré la contagiosité et l'épidémicité du rhumatisme aigu. Il a relevé avec soin le mode de succession de 182 cas de la maladie rhumatismale (Publié dans la presse Méd. du 28 oct. 1915 et dans le journ. des Prat. du 7 août 1915). Il a constaté dans un territoire limité l'éclosion de 5 foyers épidémiques distincts. Ceux-ci affectaient en largeur la zone de tranchées occupées par certains régiments et en profondeur s'étendaient à leurs cantonnements de repos où ils se trouvaient en rapport avec des formations de seconde ligne, atteintes à leur tour. En outre il a noté une certaine indépendance de ces petites épidémies, et le déplacement de l'épidémie avec le déplacement de l'unité contaminée.

Un régiment atteint quitte le secteur et s'en va au repos assez loin : de nouveaux cas y éclatent et apparaissent dans des troupes indemnes jusque là, et qui se trouvent en contact avec lui.

L'immunité d'un régiment indemne qui relève un régiment atteint et occupe ses anciens cantonnements prouve, que la contamination ne se fait pas par le sol ni par l'habitation, mais par le contact d'homme à homme.

Ces faits semblent de nature à prouver l'épidemicité et la contagiosité du rhumatisme.

C'est une contagiosité relativement faible d'ailleurs ce qui explique qu'elle ait passée d'ordinaire inaperçue.

Elle est difficile à mettre en évidence dans les conditions habituelles lorsqu'on a pas l'occasion d'étudier de grandes agglomérations.

OBSERVATIONS

Nous les publierons dans l'ordre que nous avons suivi pour l'étude clinique de la maladie rhumatismale, c'est à dire que nous décrirons d'abord les cas qui ont été accompagnés de localisations articulaires, et ensuite les cas de maladie de Bouillaud dans sa forme abarticulaire pure.

Observation N° 1 due à l'obligeance de notre maître : Dr Debray. Maladie rhumatismale avec arthrites, néphrite, glycosurie et congestion pulmonaire.

M. D....(Walter) surveillant dans une usine, entré à l'hôpital anglais de Levallois, le 18 novembre 1937, pour de vives douleurs articulaires, de la fièvre et une angine. Trois semaines auparavant il avait commencé à souffrir des genoux, les douleurs passant souvent d'un genou à l'autre. Il n'interrompt pas cependant son travail. Un soir, douze jours avant son entrée à l'hôpital, les souffrances furent telles qu'il put à peine regagner son lit. Peu après, apparurent des douleurs des deux épaules, du cou et du pied droit. Il fit alors appeler un médecin qui prescrivit des cachets dont il ignore la composition. Les cachets furent tous vomis et les douleurs s'aggravant encore le malade décida d'entrer à l'hôpital.

Cet homme a toujours joui d'une bonne santé. Il n'a jamais souffert de rhumatisme jusqu'ici et n'a jamais eu ni sucre, ni albumine dans les urines. Son père était très rhumatisant.

A l'examen les deux épaules sont douloureuses, la gauche particulièrement. La marche est impossible, les

genoux sont douloureux et légèrement tuméfiés. On note également une sensibilité des muscles des deux cuisses et une douleur de la tibio-torsienne droite. Il n'existe pas de changement de coloration de la peau au niveau des jointures atteintes. La gorge est d'un rouge vif sans enduit blanc. Les ganglions sous-angulo-maxillaires ne sont pas tuméfiés. La température, le soir, s'élève à 38° 2 — 38° 8.

Il n'y a pas d'écoulement urétral et le malade déclare n'avoir jamais eu de blennorragie.

L'examen du cœur permet de noter un certain éclat du 2^e bruit aortique. Le rythme cardiaque est régulier à 90-100 pulsations à la minute. La tension artérielle est à 15-10.

L'examen du système nerveux, des appareils digestif et respiratoire ne relève rien d'anormal, sauf une sensibilité de la moitié droite de l'abdomen et une diarrhée qui disparut peu de jours après l'entrée du malade à l'hôpital.

L'ensemble des signes cliniques permet de poser le diagnostic du rhumatisme articulaire aigu et dès l'arrivée de malade on injecte chaque jour 0,50 gr. de salicylate de sodium par voie veineuse. Les douleurs diminuent rapidement et la température, le 23 novembre 6 jours après le début du traitement, est descendue au dessous de 37°. Mais le malade reste très fatigué ayant quelques maux de tête. Le 24 Novembre l'examen systématique des urines révèle la présence de sucre et d'albumine : l'albumine se coagule en masse quand on chauffe les urines. La réduction à la liqueur de Fehling est intense, indiquant une albuminurie et une glycosurie importantes. Par une omission très regrettable les dosages exacts de l'albumine et du sucre des urines n'ont pas été faits pas plus que l'examen du culot de centrifugation urinaire.

En revanche l'examen du sang apporte des précisions intéressantes : l'urée du sang atteint 3,02 grammes par litre, Les réactions de Bordet, Wassermann, de Hecht, et de Kahn sont négatives.

Malheureusement, dans les jours qui suivirent, le traitement salicylé fut suspendu et remplacé par des injections d'insuline à la dose de 15, puis de 20 et 30 unités par jour pendant neuf jours. La fièvre, alors réapparut bientôt, mais irrégulière, atteignant le soir tantôt 38° 7 ou 38° 2, tantôt ne dépassant guère 37° 6. Onze jours après la découverte de l'albuminurie et de la glycosurie, le 12 décembre 1937, un nouvel examen du sang montre que l'urée n'est plus qu'à la dose de 1,35 gr. par litre. La fièvre alors commence à baisser et l'apyrexie est complète le 1er janvier 1938. Pendant la première semaine de ce mois le malade semblant entrer en convalescence, la recherche de l'albumine et du sucre dans les urines est absolument négative et l'examen du sang montre que l'urée est revenu au taux de 0,40 gr. par litre et la glycémie à 1,03 gr.

Le 9 Janvier survient un point de côté thoracique gauche intense; la température qui était la veille de 36°6 monte brusquement à 39°4 et atteint 39°6 le lendemain. Nous avons été appelé à revoir le malade au deuxième jour de cet accident pulmonaire. La base gauche était mate et des râles sous-crépitaux fins occupaient le tiers inférieur du poumon de ce côté. Nous avons alors insisté sur l'intérêt qu'il y aurait à reprendre le traitement antérieur et l'on recommença le jour même les injections intraveineuses de 0,50 g. de salicylate de sodium. Dès le lendemain matin le point de côté avait complètement disparu; la température tomba à 36°7 et ne dépassa plus 37° le jours suivants. Les signes physiques s'effacèrent rapidement en quelques jours. Au cours de cet incident pulmonaire les urines restèrent normales. Le ma-

lade nous a donné de ses nouvelles en juillet 1938, il n'a plus eu d'albumine ou de sucre dans les urines mais a éprouvé quelque retours douloureux à l'épaule gauche.

En somme un homme de quarante ans fait au cours d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu, une néphrite sans œdème, avec albuminurie, hyperazotémie et une glycosurie avec hyperglycémie. Les deux complications rétrocedent en un mois. Le traitement salicylé étant alors suspendu. Puis après une apyrexie de quelques jours survient alors brusquement une congestion pulmonaire fébrile qui cède non moins brusquement à la fin du troisième jour de son évolution et dès qu'est repris le traitement salicylé.

Il est difficile de ne voir là qu'une coïncidence. Certes en règle générale on ne saurait tirer argument en faveur d'un diagnostic d'une amélioration à la suite d'un traitement. Mais dans la maladie de Bouillaud les effets de la médication salicylée sont souvent si évidents qu'ils sont souvent invoqués lorsqu'on veut classer des manifestations articulaires. On est donc en droit de les retenir lorsqu'il s'agit de localisations viscérales de la maladie, à la condition cependant qu'ils se manifestent avec une netteté suffisante. On conviendra que l'action du salicylate sur la congestion pulmonaire que nous avons observée fut aussi probante qu'il est possible.

Bien que l'argument tiré des effets du traitement ne puisse être invoqué en ce qui concerne l'albuminurie et la glycosurie, leur nature rhumatismale nous paraît extrêmement vraisemblable.

Elle survinrent en effet chez un sujet n'ayant jamais eu de sucre ni d'albumine dans les urines et qui guérit ensuite complètement et définitivement de ces deux complications. Elles apparurent entre l'attaque articulaire qui les précéda et la congestion pulmonaire qui les suivit, toutes deux de nature certainement rhumatismale. Tous

ces accidents, malgré leur diversité, furent si étroitement groupés dans le temps, qu'on ne peut les expliquer que par une origine commune.

Observation N° 2.— Due à l'obligeance de notre maître, le Docteur Debray. (inédite). Les extrasystoles, seul et unique symptôme de la maladie de Bouillaud.

Chez Mr G. âgé de 24 ans, étudiant, on découvre, à l'occasion d'un examen médical, l'existence d'extrasystoles,

Il n'y a rien d'autre part à l'examen du cœur, aucun signe d'atteinte orificielle, aucun signe de défaillance du myocarde. L'examen somatique générale ne révèle rien d'anormal.

Il n'y a pas de fièvre. Il n'y a pas eu d'angine. Les extrasystoles persistaient inchangées pendant plusieurs semaines jusqu'au jour où l'on a pensé à la possibilité d'une atteinte myocardique rhumatismale.

Un traitement salicylé a été entrepris, Dès le début de ce traitement les extrasystoles disparaissent complètement et définitivement.

Il y a tout lieu de supposer qu'il s'agissait d'une atteinte isolée et légère du myocarde par la maladie rhumatismale.

Observation N° 3.— Personnelle Madame A. P. âgée de 55 ans, cuisinière, entre salle Brouardel à St. Antoine dans le service de notre maître, le docteur Debray, le 18 Janvier 1939 pour un syndrome infectieux accompagné d'un tableau très spécial.

1° Après plusieurs jours où la température à 38° les sueurs profuses l'inappétence ont été les seuls symptômes, la malade a été atteinte de deux sortes de manifestations:

a) Des douleurs diffuses, à type myalgique, aux lombes et dans les membres inférieurs.

b) Deux éruptions cutanées, différentes par leur caractère et leur siège:

Aux membres inférieurs nous voyons des placards contusiformes, de coloration violacée hyperémiques, de contour peu net et d'étendue variable allant d'une pièce de vingt francs à une paume. Ils siègent sur la face antéro-externe de la jambe où ils sont souvent confluents.

Sur les cuisses on note deux à trois placards.

En outre ils sont lisses, chauds, de consistance très ferme et douloureux à la palpation.

En même temps nous constatons au niveau de la face antérieure du cou et en arrière du muscle sterno-eleidomastoïdien, au niveau des épaules et aux faces d'extension des avant-bras et des paignets une éruption tout à fait différente de celle que nous venons de d'écrire. Ce sont des éléments papuleux, arrondis, à bords surélevés, type d'éruption annulaire. Ils sont de coloration rouge violacée et bordés par une ligne nette d'un rose plus vif. Leur dimension varie d'une pièce de 50 centimes à une pièce de 5 francs,

Ils sont indolores et pas prurigineux. Ils sont au nombre de 15 à 20 par membre supérieur. En présence de son état infectieux et de ces manifestations à type noueux aux membres inférieurs, et à type papuleux, discoïde, aux membres supérieurs, nous avons discuté le diagnostic entre un érythème noueux, un érythème polymorphe et une septicémie.

La cuti-réaction est faite le 19 Janvier. Bien qu'elle soit positive (étant donné l'âge de la malade) elle ne peut pas servir comme argument sérieux d'imprégnation tuberculeuse. Le diagnostic n'étant pas tranché nous prescrivons à notre malade le rubiasol à raison de 6 centgr. par jour.

Nous assistons les jours suivants à l'affaissement des papules et à la desquamation des éléments d'éruption.

tion. Malgré cela la fièvre reste élevée et la température se soutient entre 38° 5 et 39°.

L'examen somatique viscéral ne montre rien d'anormal ; la T. A. est 15 x 8 ; il n'y a ni sucre, ni albumine dans les urines. Réaction de B. W. reste négative. La numération globulaire nous montre une légère hyperleucocytose tout à fait explicable dans un état infectieux. Examen du sang : Numération globulaire du : 28. 1. 39.

Globules rouges :	4.200.000
Globules blancs :	13.800
Hémoglobine :	85 %
Polynucléaires	77
Eosinophils	3
Lymphocytes	2
Moyen-monocytes	16
Grands-monocytes	2

Mais c'est à ce moment que l'interrogatoire de la malade nous révèle une crise de rhumatisme articulaire aigu, quinze ans auparavant, en 1924.

Nous pensons alors à la possibilité d'une manifestation extra-articulaire de la maladie de Bouillaud et le traitement salicylé est appliqué. On commence le 26 janvier par 6 gr. de salicylate, ordonnés par la bouche. La température est alors de 38° 5.

Dès le lendemain la température descend à 37° 6.

Le 1er février la dose de salicylate est réduite à 4 gr. Le 3 on l'arrête. Nous croyons la malade guérie mais le 8 février elle fait de la fièvre. La température monte à 39° 8. L'hémoculture faite à ce moment fut négative. C'est le 10 février que la malade, dont la température reste toujours d'environ 40°, fait une poussée articulaire typique siégeant surtout aux deux poignets puis au genou droit, et à l'articulation tibio-tarsienne droite. La fluxion articulaire est nette et typique; les articulations

sont ranges, chaudes, tuméfiées. D'un jour à l'autre les autres articulations sont prises.

Une cure salicylée intense est ordonnée; la malade reçoit chaque jour 8 gr. par la bouche et 2 gr. par les veines. Aussitôt la fièvre tombe brusquement et la température redevient normale. Le 18 Février on arrête le salicylate et de suite la température monte à 39° 2: accompagnée d'une poussée articulaire. On recommence le salicylate et tout rentre en ordre. Quatre jours plus tard nous recommençons l'expérience dont les résultats furent identiques.

C'est le 25 Février que nous ordonnons définitivement la cure salicylée que nous continuons jusqu'au 15 mars. La température est normale: elle ne dépasse pas 37° 5.

Puisque la malade a montré une certaine tendance aux déformations articulaires surtout au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes on lui fait des piqûres de Séli.

Elle quitte l'hôpital, guérie, le 30 avril 1939. Pendant toute l'évolution nous n'avons pas noté de manifestations cardiaques, cérébrales, pulmonaires ni digestives.

En résumé une femme de 55 ans se présente à l'hôpital avec des signes d'une infection aiguë générale et avec une éruption polymorphe. En absence de tout signe de localisation articulaire nous avons pensé à une sépticémie dont l'hémoculture s'était montrée négative.

Malgré que Besnier ait décrit une éruption rhumatismale à forme papuleuse et marginée en plaques discoïdes nous n'avons pas pensé au début à cette possibilité étant donnée l'extrême rareté de ce symptôme, ainsi que la localisation inhabituelle des éléments.

Les cas qui ont été observés comprenaient les éruptions dont les éléments non purgineux occupaient sur-

tout les faces antérieures et postérieures du thorax, et aussi de l'abdomen.

Chez notre malade ces parties du corps restèrent indemnes. Mais il semble bien que les manifestations cutanées polymorphes de ce début puissent être rattachées à la maladie de Bouillaud, étant donnés les antécédents rhumatismaux de la malade, l'ultérieure évolution typique du rhumatisme articulaire aigu, les examens négatifs du laboratoire et l'action typique et élective du salicylate de soude.

Nous passons maintenant à la publication des cas de la maladie rhumatismale dans sa forme abarticulaire,

Observation N° 4.— Publiée par M. M. J. Cathala et H. R. Olivier dans le Bulletin de la Société de Pédiatrie, de 1927.

C'est un cas de congestion pulmonaire rhumatismale, unique manifestation de la maladie de Bouillaud.

Marie P.... âgée de 15 ans $\frac{1}{2}$, entre salle Blache le 1er septembre 1927. C'est une ancienne malade du service où elle a été soignée, il y six mois, pour une fièvre thyphoïde grave, compliquée de spondylite.

Grande, pâle, amaigrie, elle est de nouveau admise pour une affection thoracique aiguë qui se manifeste par un point de côté gauche, de la dyspnée, de la toux, une température à 39° 2 avec un pouls rapide. Les symptômes fonctionnels sont d'ailleurs modérés.

Cette affection a débuté brusquement une semaine plus tôt, mais à vrai dire depuis huit jours, cette enfant était fatiguée, avait de la courbature générale, des frissons et un peu de diarrhée. L'interrogatoire ne révèle ni angine, ni épistaxis, ni localisation articulaire. L'examen physique révèle les signes d'une congestion pleuro-pulmonaire étendue à la moitié inférieure de l'hémithorax gauche. Cette zone en arrière est matée, les vi-

brations vocales sont diminuées; il existe un léger souffle aux deux temps prédominants à l'expiration avec égophonie, mais la respiration est perçue jusqu'à l'extrême base et à la toux on entend, aux deux temps, des râles sous-crépitaux fins. Une ponction exploratrice retire quelques centimètres cubes de liquide sérofibrineux à prédominance de polynucléaires. L'épanchement pleural est certainement très modéré car l'espace de Traube est libre et le cœur non déplacé. Le poumon droit est entièrement normal, de même que le sommet gauche. Les bruits du cœur sont normaux. La langue est humide. La malade ne se plaint d'aucun symptôme abdominal, ni d'aucune douleur dans les membres. En particulier toutes les articulations sont libres.

Le diagnostic anatomique de congestion pleuro-pulmonaire type, ne prêtant pas à discussion, les étiologies envisagées furent celle de congestion grip-pale ou tuberculeuse, cette dernière hypothèse paraissant plus probable.

Les jours suivants l'état local resta inchangé pendant que la température tendait à baisser sans autre traitement que le repos. La pâleur, les sueurs faciles, l'amaigrissement, la fixité des signes physiques, la modicité des symptômes fonctionnels, la langue humide, tout nous incitait vers le diagnostic de tuberculose.

Brusquement le 6 septembre, 6 jours après l'entrée et 13^e jour après le début brusque, la fièvre reprend et atteint 40° en même temps que la malade paraît plus fatiguée. L'examen physique fait faire alors une constatation tout à fait inattendue : la congestion pulmonaire a changé de côté. Le poumon gauche est devenu à peu près net alors que les signes d'une congestion étendue occupent la base pulmonaire droite.

Cette évolution à bascule, si caractéristique devait faire songer à la maladie de Bouuillaud, malgré l'absen-

ce de tout antécédent rhumatismal, de toute localisation articulaire. et bien que l'auscultation du cœur ne révélât aucun signe d'endopéricardite. La prise de 8 gr. de salicylate de soude détermina le 8 septembre une chute brusque de 40° 2 à 37° 4, qui fut définitive. Le traitement salicylé fut continué pendant 13 jours à doses décroissantes. Les signes physiques de la base droite persistèrent pendant 4 jours mais la malade a conservé une diminution de la sonorité de percussion de la base droite.

Depuis deux mois aucune rechute rhumatismale ne s'est produite et à l'examen du cœur on ne trouve aucun symptôme pathologique.

Observation No 5.— Due à l'obligeance de notre maître, le Docteur Debray. C'est un cas de maladie rhumatismale abarticulaire, de forme thyphoïde et avec iritis bilatéral.

Les parents de Mlle R... nous font appeler le 13 février 1936 parce que leur fille souffre de maux tête intolérables, qu'elle a une fièvre intense, et parce que, disent-ils, elle est aveugle depuis trois jours.

Cette jeune fille, d'une apparence un peu frêle, a jusqu'ici joui d'une bonne santé. Mécanographe à Paris elle habite la banlieue et mène, sans fatigue apparente une existence très occupée. Elle est réglée normalement et n'a eu que les maladies éruptives de l'enfance; On ne retrouve chez elle, en l'interrogeant, aucune atteinte rhumatismale antérieure.

Le 3 février 1936 des maux de tête apparurent, La malade pour les calmer absorba plusieurs comprimés d'aspirine mais n'interrompit pas son travail. Le 7 février, la céphalée et le malaise générale augmentant, la malade s'alite et fait appeler le médecin de sa famille qui constate une angine rouge, une fièvre à 39°, un cer-

tain degré d'injection des conjonctives et quelques douleurs vagues dans les bras, semblant n'être que des courbatures. Ce médecin pense qu'il s'agit d'une grippe ou d'une fièvre typhoïde au début. Le lendemain et le surlendemain la température atteint 40° le soir. Le 11 février la courbe thermique évoluant entre 39° et 40° semble être celle d'une fièvre thyphoïde, mais la rate n'est pas grosse et il n'existe pas de dissociation du pouls et de la température. D'autre part des symptômes inattendus sont apparus. A la céphalée toujours très forte s'ajoutent de vives douleurs des globes oculaires, une photophobie intense et une diminution considérable de la vision des deux yeux.

Les conjonctives sont fortement injectées, les yeux semblent plus saillants que normalement. La malade ne reconnaît plus les personnes de son entourage et n'aperçoit plus que des taches d'ombre et de lumière dans la pièce. C'est seulement sous un éclairage favorable qu'elle peut compter les doigts qu'on lui présente à une distance de 40 ou 50 centimètres.

L'association de fièvre et de symptômes nerveux fait penser au médecin qui la soigne à une forme atypique d'infection neurotrope.

Celui-ci prescrit de l'uroformine et du salicylade de Na, à la dose de 2 à 3 grammes par jour.

Nous voyons la malade pour la première fois le 13 février. L'état est le même que les jours précédents. L'examen du cœur et des poumons ne révèle rien d'anormal, la tension artérielle est de 12 $\frac{1}{2}$ — 8. La nuque est souple, le signe de Kernig négatif, les jointures ne sont pas tuméfiées, leur mobilisation n'est pas douloureuse.

Pourtant si la céphalée et les symptômes oculaires restent inchangés, nous apprenons que les douleurs des bras ont nettement diminué depuis deux jours. Nous ob-

servons aussi que la fièvre tend à baisser légèrement (38° 4 le matin et 39° 3 le soir). Or c'est précisément depuis deux jours que la malade absorbe une petite dose de salicylate.

Cette constatation nous permettait de supposer que nous étions peut-être en présence d'une forme abarticulaire de maladie rhumatismale. Le début par une angine rouge fortifiait cette hypothèse qui fut bientôt confirmée par les résultats de l'examen ophtalmologique et par l'évolution de la maladie sous l'influence de la médication salicylée.

Le 15 février notre confrère Liégard constata un iritis des deux yeux avec injection périkératique intense synéchies annulaires et exsudat dans le champ pupillaire, masquant le fond de l'œil et expliquant les troubles de la vision.

Il prescrivit un traitement atropinique local et insista sur l'opportunité d'un traitement général au salicylate. Dès l'administration de salicylate à dose suffisante (2 grammes par voie veineuse et 6 grammes per os) le tableau clinique se transforma. La céphalée, les douleurs oculaires, la photophobie disparurent ; la vision revint progressivement ; le 21 février la malade distinguait nettement tous les objets de la pièce où elle était couchée mais elle ne pouvait encore lire. En six jours la température fut ramenée à 37° 1 le matin et 38° le soir. Depuis le 14 mars cette jeune fille peut lire à nouveau sa vue est redevenue aussi bonne qu'avant sa maladie. L'auscultation du cœur ne révèle aucun signe de lésion orificielle. Une ponction lombaire pratiquée le 14 fév. donna un liquide clair, s'écoulant goutte à goutte et de formule cytologique normale. L'examen chimique n'a pas été fait.

Nous avons demandé également un examen du sang et particulièrement un examen du réticulum fibrineux

suivant la technique très simple imaginée par Hayem. On sait en effet que l'augmentation du réticulum fibrineux en dehors du rhumatisme, ne se rencontre guère que dans la pneumonie et les suppurations aiguës qui ne risquent guère d'être confondues avec la maladie de Bouillaud. On sait aussi que la fièvre typhoïde ne s'accompagne jamais d'augmentation de la fibrine. Malheureusement la malade habitant une banlieue éloignée, cet examen n'a pu être pratiqué. Le diagnostic de maladie rhumatismale aiguë ne nous paraît cependant pas contestable.

Le début par une angine rouge, l'action remarquablement rapide et complète de la médication salicylée sur les douleurs, la fièvre et les phénomènes oculaires nous semblent tout à fait caractéristiques. Nous ne voyons d'ailleurs pas qu'il puisse être possible de rattacher à une origine différente le syndrome clinique que nous avons observé.

Observation N° 6.— Personnelle. Mr Y. K. R., un chinois âgé de 22 ans, vendeur, entre à la salle Bichat à Saint-Antoine dans le service de notre maître, le Dr Debray le 10 avril 1939 pour un syndrome infectieux qui s'accompagne de fièvre à 40°.

Le malade vient de l'hôpital de Beauvais où il a été admis, dans le service, vers le début du mois de mars pour toux avec expectoration, palpitations et douleurs précordiales, fièvre à 38°5, et vagues douleurs articulaires au niveau du genou, du pied gauche et des deux coudes.

Pendant son séjour à l'hôpital de Beauvais (qui dura un mois à peu près) le malade a été soigné par une « potion au benzoate ». Mais la température persistait élevée entre 39° et 40°, s'accompagnant de frissons, de vomissements et d'épistaxis répétées.

L'interrogation révèle, qu'avant d'être hospitalisé,

il avait eu une angine s'accompagnant de diarrhée, pouvant aller jusqu'à 10 selles par jour.

Il est depuis 1 an $\frac{1}{2}$ en France. En chine il a joui toujours d'une très bonne santé. Il y a un an il a été soigné «pour le cœur» à la salle Broussais. En ce moment il présentait également quelques douleurs articulaires fugaces.

En rentrant dans notre service le malade présente comme signes dominant la fièvre associée d'épistaxis.

A l'examen somatique viscéral nous trouvons les syndrômes suivants : Poumons : Râles humides fins aux deux bases avec prédominance du côté droit.

Appareil cardio-vasculaire. pouls: 85 régulier.

T. A.; 15-0.

Cœur. Le choc de la pointe est dévié en dehors et en bas. On entend: un souffle systolique siégeant à la pointe, irradiant surtout vers l'aisselle, mais on l'entend également dans toute l'aire précordiale. Il est rude, rapeux, intense.

Un souffle diastolique siégeant à la base au niveau de l'orifice aortique, irradiant le long du bord droit du sternum et vers le haut. Il est facilement perceptible mais moins intense, de timbre plus doux que le souffle systolique. On trouve les signes périphériques de l'insuffisance aortique.

Pouls ample, bondissant, dépresible, surtout au niveau de la fémorale.

Pouls capillaire frontal et pouls amygdalien.

Rate, non perceptible.

Foie: ne débordant pas les fausses côtes.

Réflexes tendineux et cutanéoplantaires normaux.

Pupilles réagissant à la lumière.

Température de 39°5.

Devant ce syndrome cardiaque complexe notre in-

terne, Mr Lesca a justement pensé à une origine rhumatismale de cette infection.

Il ordonna une forte dose de salicylate de soude: 2 grammes par les veines et 8 grammes per os.

Dès le lendemain la fièvre tombe, la température descend à 37°5.

L'hémoculture qui a été faite le jour de la rentrée à l'hôpital du malade s'est révélée négative.

La numération globulaire faite le 12 avril montre une légère anémie avec une hyperleucocytose.

Globules rouges	:	3,540,000
Hémoglobine	:	70 o/o
Globules blancs	:	27,300
Poly neutro	:	88
Moyens mononucléaires	:	9
Grands	» :	3

En somme un malade qui a présenté depuis un mois une fièvre élevée oscillant entre 39° et 40°, s'accompagnant d'épistaxis (deux signes primordiaux de la fièvre typhoïde) fait une crise aiguë de la maladie de Bouillaud dans sa forme typhoïde.

Nous ne croyons pas que le diagnostic puisse être fait autrement étant donné les épreuves négatives du laboratoire, ainsi que l'action rapide et manifeste du traitement salicylé.

Par la suite le malade resta à notre service. Après quelques jours sans fièvre la température monta brusquement à 38°5. En même temps ses crachats devinrent sanguinolents. Nous avons pensé qu'il s'agissait d'une complication pulmonaire d'origine purement cardiaque parce que le salicylate restait inefficace.

Au point de vue rhumatismal le malade allait bien. On continua toujours le salicylate per os à raison de 6 grammes par jour.

Mais sa lésion cardiaque était complexe et définitive

et c'est de ce côté qu'il souffrait. Il avait des douleurs précordiales vives avec sensation d'oppression, venant par crises. Il était légèrement dyspnéique.

Malheureusement le malade a fait un collapsus à la suite duquel il est mort.

L'autopsie confirme le diagnostic du rhumatisme. On trouve les lésions orificielles et une péricardite dont le diagnostic n'a pas été fait cliniquement.

CONCLUSIONS

1° Nos observations confirment la nature infectieuse générale de la maladie de Bouillaud.

2° Les localisations articulaires très fréquentes ont fait classer cette maladie parmi les affections rhumatismales, mais de nombreux autres organes ou tissus peuvent être atteints.

3° Fréquemment les arthrites peuvent manquer ou apparaître tardivement et les erreurs de diagnostic sont de ce fait très faciles.

4° Un état infectieux accompagne d'arthralgies, ou mêmes de névralgies, de simples douleurs, doit toujours faire soulever l'hypothèse d'une origine rhumatismale aiguë.

5° Il en est de même pour une localisation viscérale, d'allure infectieuse, dont l'origine n'aura pu être précisée. Dans deux cas (observations n° 1 et 6) nous avons constaté de la diarrhée qui a persisté jusqu'à l'administration de salicylate de soude et a cédé aussitôt après.

6° L'éruption cutanée affectant le type nettement décrit par Grenet et survenant chez un malade fébrile dont l'infection n'a pas fait sa preuve, doit toujours faire penser à une maladie de Bouillaud.

7° Une localisation oculaire, aiguë, douloureuse, accompagnée seulement d'une réaction fébrile doit faire penser à la maladie de Bouillaud, même en l'absence de signes articulaires nets. Cette localisation est importan-

te à connaître bien qu'elle paraisse assez exceptionnelle.

8° La fièvre typhoïde peut simuler la maladie de diarrhée.

Bouillaud : même courbe fébrile en plateau, épistaxis,

9° La thérapeutique salicylée nous a permis de classer dans la maladie de Bouillaud des cas dont la nature n'aurait pu être reconnue sans cette épreuve. Les résultats obtenus avec l'hémo-culture, le séro-diagnostic, sont les signes négatifs qui confirment utilement les indications données par les effets du traitement.

BIBLIOGRAPHIE

H. Grenet et L. Pellissier. — Les Rhumatismes. Paris 1933.

M. Debray et A. Chevalier. — Maladie rhumatismale abarticulaire de forme typhoïde et avec iritis bilatéral. Extrait des Bul. et Mém., de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris, (Séance du 26 juin 1936 No 23).

M. Debray et F. R. Store. — Maladie rhumatismale avec arthrites, néphrite, glycosurie et congestion pulmonaire. Extrait des Bul. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris (Séance du 22 juillet 1938 No 26).

Grenet. — Sur la nature et spécificité du Rhumatisme articulaire aigu. Gaz d. Hôp. Par. 1920 XCIII P. 5.10.

H Grenet. — Recherches sur l'étiologie du Rhumatisme articulaire aigu. La contagiosité du Rhumatisme. Presse Méd. 1915. 28 octobre.

Achalme. — Recherche bactériologiques sur le Rhumatisme articulaire aigu. Annales de l'Institut Pasteur 1897. P. 45.

Achard. — Endocardite lente. Bul. Méd. 1927. 17 avril.

Andrien. — Le Rhumatisme articulaire aigu maladie contagieuse. Thèse de Toulouse 1926.

H. Grenet. — Étude sur le Rhumatisme articulaire aigu. Journal des Praticiens 7 août 1915.

Crozon et le Play. — Complication hépatique dans un cas de Rhumatisme articulaire aigu. Soc. Méd. Hôp. 27 décembre 1907.

H. Grenet. — Leçon à l'amphithéâtre de l'hôpital

Laënnec le 20 décembre 1924.

L. Dory.— Rhumatisme articulaire aigu et appareil Digestif. Thèse de Paris 1925.

E. Loppé.— Des manifestations Viscerales dans le rhumatisme articulaire aigu. Thèse de Paris 1909-1910.

P. Roy.— Les Nodosité du Rhumatisme articulaire aigu. Thèse de Paris 1910.

L. Perrodo.— La Forme Typhoïde du rhumatisme articulaire aigu. Thèse de Paris 1928.

Lambin.— Le rhumatisme aigu des voies Digestives Thèse de Paris 1880.

Guillain. Laroche et Libert.— Rhumatisme Poly articulaire éberthien. Soc. Méd. d. Hôp. Paris 1920 p. 534.

Sergent.— Glande thyroïde et rhumatisme. Monde Médical. 1er juillet 1925.

Debertrand J.— Rhumatisme cérébral, Gaz. d. Hôp. Paris 1912 XXXV. p. 55-61.

Newman.— Rheumatisme and erythema nodosum. Brit. Med. Jour. Lond, 1924.

E. G. Henriquez.— Etude sur l'étiologie du Rhumatisme Articulaire Aigu. Les Formes Septicémiques. Thèse de Paris 1930.

R. Schalit.— Manifestations péritonéales du Rhumatisme articulaire aigu. Thèse de Paris 1931.

Le Président de Thèse

M. LÉPER

Vu le Doyen

TIFFENEAU

Vu et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

G. ROUSSY

TABLE DES MATIÈRES

Avant Propos.	page 9
Introduction.	10
Historique.	11
Etude Clinique	13
Formes à précession viscérale.	13
Formes extra-articulaires.	19
Contagiosité.	24
Observations.	26
Conclusions.	43
Bibliographie.	45